

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
DEPARTAMENTO DE INSTRUCCION PUBLICA  
División de Personal - Hato Rey, Puerto Rico

Descontarle 0 días por  
ausencias

INFORME DE CAMBIO - PERSONAL DOCENTE

ANTES DEL CAMBIO		DESPUES DEL CAMBIO
1 Nombre del Empleado	Vega Martínez, William	
2 Núm. Seg. Social	██████████-4771	
3 Sexo	M	
4 Estado Civil	Soltero	
5 Prep. Académica	BA	
6 Experiencia	0	
7 Status Empleado (Contrato)	Trans. Elegible	
8 Sueldo Bruto	\$1,000.00	
9 Núm. de la Plaza	0706-T	
10 Categoría de la Plaza	M. Educ. Física	
11 Clasificación Puestos Dir		
12 Fondo	Estatal	
13 Cifra Cuenta	98-111-081-01-001	
14 Fecha de Efectividad	10 de agosto de 1989	
15 Acción y Duración	Nombramiento 212 hasta año	
16 Causa del Cese		
17 Último Día Trabajo		
18 Último Día de Pago		
19 Programa Escolar	Educación Física	
20 Turno en Registro	0042	
21 Distrito Escolar	San Lorenzo	

LICENCIA POR VACACIONES y/o ENFERMEDAD CONCEDIDA

22 Desde	23 Hasta
24 Observaciones (Antes del Cambio) Nuevo.	25 Observaciones (Después del Cambio) Descuento Medicare Ley -99-272
26 Firma Empleado en caso de cambio de contrato a probatorio, traslado, reasignación permanente o descenso	27 Deseo: <input type="checkbox"/> Acogerme <input type="checkbox"/> No acogerme Al descuento del 3% de mi sueldo mensual para el Fondo de Ahorro y Préstamo de la Asociación de Empleados del ELA de P.R. en caso de cambio de contrato de sustituto a probatorio o de sustituto a permanente.
28 Recomendado Superintendente de Escuelas	29 Recomendado Superintendente de Escuelas
30 APROBADO: POR EL SECRETARIO DE INSTRUCCION PUBLICA	
FIRMA	FECHA

\* Si el nombramiento es provisional el mismo constituye un CERTIFICADO PROVISIONAL por su duración

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
*Departamento de Agricultura*  
SAN JUAN, PUERTO RICO 00908


18 de octubre de 1990

Sr. William Vega Martínez  
Calle 33 R6-17 - Turabo Gardens  
Caguas, Puerto Rico 00625

Recibimos su comunicación del 10 de octubre de 1990, en la que presenta su renuncia al puesto de Mensajero II, adscrito al Programa Servicios Especiales para el Desarrollo Agropecuario, del Departamento de Agricultura.

Conforme a sus deseos aceptamos la misma para ser efectiva el 13 de agosto de 1990.

Le agradecemos los servicios prestados al Departamento y le deseamos mucho éxito en sus futuras actividades.

  
Angeles Lara de la Torre  
Secretaria Auxiliar de Administración, Interina





ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO  
GPO BOX 5028 • SAN JUAN, PUERTO RICO 00936

92-13-01137-4  
WILLIAM VEGA MARTINEZ  
04 CAGUAS

21 AGO 91 30 DIC 59

4771

INFORME PATRONAL

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO - USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA

NUMERO DE CASO - FSE			BATCH	FECHA RADICACION			ENV. CHQ.	CLAVE DE COMPENSACION			REG. Y DISP. TRAT.	P. E.	FECHA ALTA TRABAJAR		
ANO	DISP.	NUMERO		ANO	MES	DIA		COMP.	DISP.	PAT.			ANO	MES	DIA
92	13	011374	1												

FECHA ALTA DEFINITIVA			D. A. S.	JORNAL DIARIO	COMPENSACION SEMANAL	REGION ANATOMICA	NAT. LESION	NUMERO DE POLIZA				RIESGO	GRUPO	STATUS
ANO	MES	DIA						ANO	T.	R.	O.			

PART E A - INFORMACION DEL PATRONO

1 NOMBRE DEL PATRONO (SEGUN POLIZA) <b>Departamento de Educaci3n</b>	2 TIENE POLIZA <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI INDIQUE NUMERO <b>690660001</b>	3 SEGURO SOCIAL PATRONAL <b>690660001</b>
4 DIRECCION POSTAL <b>Box 1281</b>	5 CLASE DE PATRONO <input type="checkbox"/> IND <input type="checkbox"/> SOC <input type="checkbox"/> CORP <input type="checkbox"/> COOP <input type="checkbox"/> ASOC <input type="checkbox"/> SINDICO <input type="checkbox"/> SUCESION <input type="checkbox"/> ALBACEA <input checked="" type="checkbox"/> OTROS	CLASE DE NEGOCIO <b>Educaci3n</b>
6 PUEBLO <b>San Lorenzo, Puerto Rico</b>	7 NOMBRE Y SITIO DE NEGOCIO (CALLE, NUMERO, BARRIO, PUEBLO) <b>Depto. Educaci3n - San Lorenzo, P. R.</b>	8 TELEFONO <b>736-2361</b>
ZIP CODE <b>00754</b>		

PART E B - INFORMACION SOBRE EL LESIONADO

9 NOMBRE DEL LESIONADO - INICIAL - APELLIDO PATERNO - APELLIDO MATERNO <b>William Vega Martine3</b>	10 NUMERO SEGURO SOCIAL <b>4771</b>	11 SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	12 TELEFONO <b>744-2512</b>	13 ESTADO CIVIL <input checked="" type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO
14 DIRECCION <b>Calle 33 - R6-17 Turabo Gardens</b>	15 NUMERO DE DEPENDIENTES HIJOS <b>0</b> NO HIJOS	16 TRABAJA EL CONYUGE <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> NO		
17 URBANIZACION <b>Caguas, Puerto Rico</b>	18 NOMBRES DE PADRE Y MADRE <b>William y Gloria</b>	LUGAR Y <b>New York</b>	FECHA NACIMIENTO <b>12/30/59</b>	19 EDAD <b>33.1</b>
20 DIRECCION POSTAL EN LA QUE INTERESARIA RECIBIR LOS CHEQUES DE COMPENSACION (SI ALGUNO) <b>Calle 33 - R6-17 - Turabo Gardens - Caguas, Puerto Rico 00725</b>				
21 FAMILIAR MAS CERCANO QUE NO RESIDE CON EL LESIONADO <b>Helen Vega Martine3</b>	22 TELEFONO <b>748-5315</b>	23 DIRECCION <b>Haciendas Carras3o - Calle 5 Casa N-8 Trujillo Alto, P. R.</b>		
24 DEPARTAMENTO O UNIDAD QUE TRABAJA EL EMPLEADO <b>Depto. de Educaci3n</b>	25 OCUPACION HABITUAL <b>Maestro Educ. Ffsica</b>	26 TIEMPO QUE LLEVA REALIZANDO SU OCUPACION HABITUAL CON PATRONO ACTUAL AÑOS <b>2</b> MESES <b>2</b> DIAS	27 FECHA DE POSIBLE JUBILACION MES <b>4</b> DIA <b>1</b> AÑO <b>1991</b>	
28 CANTIDAD Y FORMA DE PAGO <b>\$1,050.00</b>	<input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> DIARIO <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> MENSUAL	29 INDIQUE EL NUMERO DE DIAS Y/O HORAS QUE TRABAJABA EN LA SEMANA <b>5</b> DIAS	30 TIENE USTED CONTRATO DE APARCERIA <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
31 INDIQUE LA LABOR QUE REALIZABA EL LESIONADO CUANDO OCURRI3 EL ACCIDENTE <b>Dar clase de Educaci3n Ffsica</b>		32 OCURRI3 EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
33 FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD OCUPACIONAL MES <b>3</b> DIA <b>19</b> AÑO <b>1991</b> HORA <b>2:00</b> AM <input checked="" type="checkbox"/> PM	34 HORA QUE COMENZO A TRABAJAR EL DIA DEL ACCIDENTE HORA <b>8:00</b> AM <input checked="" type="checkbox"/> PM	35 FECHA EN QUE SUSPENDI3 SU LABOR MES <b>4</b> DIA <b>1</b> AÑO <b>1991</b>		
36 LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, PUEBLO) - EN CASO CONSTRUCCION SEÑALE ADEMAS, NOMBRE DEL PROYECTO. <b>Esc. S.U. Quebrada Honda San Lorenzo, Puerto Rico</b>	37 MURIO EL LESIONADO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	38 SUFRIERON OTROS EMPLEADOS LESIONES COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		

39. DESCRIBA DETALLADAMENTE COMO OCURRI3 EL ACCIDENTE O LA ALEGADA ENFERMEDAD OCUPACIONAL  
**Alega el profesor Vega que: desde el comienzo del curso escolar 1991 - 92 ha venido confrontando problemas con la garganta, sintiendo mucho ardor y dolor**

INDIQUE EL VEHICULO, HERRAMIENTA, SUSTANCIA, O EL NOMBRE Y DIRECCION DE LA PERSONA QUE CAUS3 EL ACCIDENTE (ESPECIFIQUE LA RELACION) DE ESA PERSONA CON EL PATRONO)  
**a medida que va transcurriendo el dfa de clases. Siente que durante la maana se le oye la voz bastante clara y cuando llega la tarde est3 ronco.**

40. OBSERVACIONES QUE ESTIME PERTINENTE HACER

41. ¿TRABAJA EL LESIONADO TAMBIEN PARA OTRO PATRONO?  
☒ NO ☐ SI (INCLUYA EL NOMBRE DE LA EMPRESA)

42. TESTIGOS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE SEGUN INVESTIGACION DEL PATRONO  
NOMBRE **Rosa Borges - Secretaria** DIRECCION **Bo. Quebrada Honda - San Lorenzo, P. R.**

NOMBRE **Antonia Df3z - Directora** DIRECCION **San Lorenzo, Puerto Rico**

43. ¿HA RADICADO RECLAMACION EN OTRAS AGENCIAS?  
☐ SI ☒ SINOT ☐ ACAA ☐ SEGURO SOCIAL ☐ BEN. POR

44. SI HA RADICADO EL LESIONADO UN CASO ANTERIOR EN FSE INDIQUE  
FECHA RADICACION MES **4** DIA **1** AÑO **1991** NUMERO DEL CASO



**Caguas**  
**DECISION DEL ADMINISTRADOR**  
**(CON HONORARIOS DE ABOGADOS)**

## NOMBRE Y DIRECCION

**William Vega Martínez**  
**Calle 33 R-6 -17**  
**Turabo Gardens**  
**Caguas, PR 00725**

## NOMBRE Y DIRECCION

**Departamento de Educación**  
**Box 1281**  
**San Lorenzo, PR 00754**

CASO NUMERO		IPP
Año Fiscal	Disp. Número	
<b>92-</b>	<b>13-01137-</b>	<b>4</b>

☐ SUBROGACION  
☐ MENOR\*

Fecha del Accidente	Jornal Diario	Días de la Semana	Jornal Semanal	Sitio del Accidente	Número de Seguro Social	Clave Seguro
<b>21/AGOSTO/91</b>	<b>47.73</b>	<b>5</b>	<b>65.00</b>	<b>San Lorenzo</b>	<b>██████-4771</b>	<b>2</b>

## Descripción del Accidente

**Alega el lesionado que esta confrontando problemas con la garganta, sintiendo mucho ardor y dolor a medida que va transcurriendo del día de trabajo.**

## Lesión Sufrida

**DX: LARINGITIS OPERADO**

Fecha	Médico Informante
<b>9/abr11/92</b>	<b>DRA. IRMA C. SANTOS/DR. RAFAEL TORO VELEZ</b>

## Incapacidad Resultante

☒ 1a. Condición ☐ 2da. Condición

**PERDIDA 20% FUNCIONES FISIOLÓGICAS POR PERDIDA COMPLETA DE LA VOZ.**

Estudiado el expediente del caso, el Administrador del Fondo del Seguro del Estado resuelve que el accidente es uno de los protegidos por la Ley de Compensaciones por Accidentes del Trabajo, Ley Núm. 45 aprobada el 18 de abril de 1935, según ha sido posteriormente enmendada. Habiéndose reconocido al lesionado la incapacidad parcial permanente antes expresada, el Administrador resuelve que el mismo tiene derecho a recibir en la forma que determina la Ley una compensación adicional equivalente al **66 2/3** % a base del jornal diario que ganaba el día del accidente.

De acuerdo con el expediente de este caso deberá pagarse una compensación computada a base del jornal semanal arriba indicado durante un periodo de **40** semanas la que asciende a la suma de \$ **2,600.00**

De esta cantidad se le descontará por concepto de

A- Dietas Pagadas en Exceso

B- Compensación Otorgada y/o Pagada por Incapacidad

1-en este Accidente

2-en Accidente anterior

C- Otros Descuentos

**TOTAL A DESCONTARSE**

\$ **2,600.00**

Una vez realizados los descuentos antes mencionados, si los hubiere, el lesionado recibirá la cantidad de

En los casos de incapacidad inicial, si esta cantidad es de \$1,000.00 ó menos, se le pagará en total y de una sola vez. Si dicha cantidad es mayor de \$1,000.00 se hará un pago inicial de \$1,000.00 como anticipo y el balance le será pagado en plazos de \$ **██████** mensuales con efecto retroactivo a la fecha de alta definitiva. (VEASE CLAUSULA A-3 AL DORSO).

**CERTIFICO: QUE LOS COMPUTOS ESTAN CORRECTOS Y QUE PROCEDE EL PAGO POR LA CANTIDAD ARRIBA INDICADA.**

**6 de mayo de 1992**

Fecha

**ROSA M. RODRIGUEZ RAMOS**  
 Jefe, Sección de Reclamaciones o su Representante Autorizado

**PARA CASO DE MENOR**

**ESTE PAGO SE HARA A TRAVES DE**

**CERTIFICO: QUE ESTE PAGO ESTA A TONO CON LA LEY DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DEL TRABAJO.**

Dado en **CAGUAS**, Puerto Rico a **6/MAYO/92**

**ALBERTO O. BACO**  
 Administrador



92-13-01137-4

WILLIAM VEGA MARTINEZ

04 CAGUAS

21 AGO 91

30 DIC 59

11

-4771

DECISION DEL ADMINISTRADOR SOBRE TRATAMIENTO MEDICO

PARA USO DE LOS OFICIALES DE COMPENSACIONES															
BATCH		CASO NUMERO				C/D	CLAVE TRANS.		TARJ. NUM.						
ANO	DISP.	NUMERO													
1	3	4				12	13	14	15	16					

CLAVE DE COMP.			ALTA TRABAJAR			ALTA DEFINITIVA		
COMP.	DISP.	PAT.	ANO	MES	DIA	ANO	MES	DIA

PARA SER CUMPLIMENTADO POR EL MEDICO O ENCARGADO DE DISPENSARIO O CLINICA

LESIONADO PATRONO

WILLIAM VEGA MARTINEZ

CALLE 33 R-6-17 TURABO GARDENS  
CAGUAS. PR 00725

DEPTO. DE EDUCACION  
APARTADO 1281

SNA LORENZO PR 00754

CLAVE DISC.	FECHA DE ACC. AÑO MES DIA	<input type="checkbox"/> FONDO DE ANTICIPO	<input type="checkbox"/> SUBROGACION	<input type="checkbox"/> OBRERO MIGRANTE
-------------	---------------------------	--	--------------------------------------	--

REGION ANATOMICA AFECTADA O CONDICION TRATADA POR LA CUAL ES DADO DE ALTA. (VEASE INSTRUCCIONES AL DORSO)

1RA. Laringitis

CODIGO DE DIAGNOSTICO

--	--	--	--	--

2DA.

POR LA PRESENTE, Y DE ACUERDO CON LA LEY DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DEL TRABAJO (LEY NUM. 45 DEL 18 DE ABRIL DE 1935) SEGUN HA SIDO SUBSIGUIENTEMENTE ENMENDADA, SE DETERMINA SOBRE EL ASPECTO MEDICO DE ESTE CASO LA SIGUIENTE DECISION:

- ☐ 1. EL LESIONADO FUE EXAMINADO POR PRIMERA VEZ:
  - ☐ a. CONTINUARA RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN
  - ☐ b. SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EFECTIVA EL
  - ☐ c. VEASE ALTERNATIVA NUMERO
- ☒ 2. HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRATAMIENTO, SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EL DIA DE abril DE 19 92 CURADO ☐ SIN INCAPACIDAD ☒ CON INCAPACIDAD (La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente).
- ☐ 3. EL LESIONADO FUE EXAMINADO EN EL DIA DE HOY, A PARTIR DEL DE 19 SE AUTORIZA CAMBIO PARA CONTINUAR RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN ☐ DESCANSO ☐ C.T. (MIENTRAS TRABAJA).
- ☐ 4. LUEGO DE EVALUADO EL CASO SE DETERMINA DARLO DE ALTA DE TRATAMIENTO MEDICO EFECTIVO EN DE 19 LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO RELACION LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE. EL LESIONADO PODRA CONTINUAR TRATAMIENTO MEDICO EN FACILIDADES FUERA DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO.
- ☐ 5. EL LESIONADO HABIA SIDO DADO DE ALTA EL DE 19 LUEGO DE LA REEVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA:
  - ☐ a. DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA DE 19 ☐ CON INCAPACIDAD (La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente)
  - ☐ b. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL DE 19
- ☐ 6. EL CASO FUE DEVUELTO POR LA HON. COMISION INDUSTRIAL A LA JURISDICCION DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO. LUEGO DE EXAMINADO EL MISMO SE DETERMINA EL SIGUIENTE STATUS:
  - ☐ a. ☐ DESCANSO ☐ C.T. (MIENTRAS TRABAJA) A PARTIR DEL DE 19
  - ☐ b. ☐ EVALUACION ☐ EN TRATAMIENTO ☐ MIENTRAS SE EFECTUA EVALUACION ☐ EN TRATAMIENTO
  - ☐ c. DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA DE 19 ☐ SIN INCAPACIDAD ☐ CON INCAPACIDAD (La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente)
  - ☐ d. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL DE 19
- ☐ 7. LUEGO DE LA EVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA QUE NO HAY EVIDENCIA DE LESION O ENFERMEDAD OCUPACIONAL. POR LO CUAL SE DA DE ALTA A PARTIR DEL DE 19 LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE.
- ☐ 8. HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRATAMIENTO SE DA DE ALTA SIN INCAPACIDAD A PARTIR DEL DE 19 LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE.
- ☐ 9. ES UN OBRERO MIGRANTE BAJO CONTRATO DE EMPLEO APROBADO POR EL SECRETARIO DEL TRABAJO DE PUERTO RICO, ACOGIDO A LOS BENEFICIOS DE LA LEY NUM. 77 DEL 23 DE JUNIO DE 1958 Y DEL ARTICULO 1 DE LA LEY 54 DEL 13 DE JULIO DE 1978. HA SIDO DADO DE ALTA DE TRATAMIENTO MEDICO EL DE 19 (NOTIFIQUESE CON COPIA DE ESTA DECISION AL DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS).

SR. ALBERTO O. BACO

Administrador

DPA. IPHA C. SANTOS

Firma Medico o Funcionario Autorizado

CERTIFICO: Que en el día de hoy he entregado y notificado con copia de esta Decisión al Lesionado, en

Puerto Rico

## TRIBUNAL GENERAL DE JUSTICIA

Tribunal DISTRITO, Sala S.L.

Querrela de la Policía Núm.

Oficina de Juez Municipal o de Paz

☐ sin hoja de continuación

9 4 6 0 6 7 0 2929

## DENUNCIA

☐ incluye hoja de continuaciónCon Fecha 23-6-94Denuncia Núm. 94-1214

FORMULADA POR EL PUEBLO DE PUERTO RICO

CONTRA:

Nombre MILAGROS MOYET ROSARIO Alias \_\_\_\_\_ Fecha nac. 15-9-57 Lugar S.L. Sexo HS.S. # 584-222222 Dirección CARR. 181 Km9 RES. BO. QDA. HONDA

Lic. Cond. # \_\_\_\_\_ Señas \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Alias \_\_\_\_\_ Fecha nac. \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

S.S. # \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Lic. Cond. # \_\_\_\_\_ Señas \_\_\_\_\_

Por el Delito de ARTICULO 260 C.P. ALTERACION A LA PAZ☐ Grave☐ Menos GraveCometido en BO. QDA. HONDA S.L.el 9 de junio de 94 a las 8.45am de la siguiente manera:

El referido acusado, MILAGEOS MOYET ROSARIO, allí y entonces, ilegal, voluntario, malicioso y a sabiendas, violó lo dispuesto en el artículo 260 C.P., consistente que en fecha, hora y sitio antes indicados y en ocasión en que le alteró la paz y la tranquilidad a la ó el William Vega Martínez, usando un lenguaje grosero, profano e indecoroso con palabras obscena tales como: estúpido que te pasa con mi hijo, maestro sangano, estúpido, yo me pongos unos pantalones y me atrevo darte una galleta y si no mi marido te la da.

## HECHOS CONTRARIOS A LA LEY

Presentada por:

GDIA. ETANISLAO VAZQUEZ 9629

Nombre y firma del Denunciante

☐ Propio ConocimientoCTEL. POL S.L

Dirección

☒ Información y CreenciaGDIA

Cargo - Ocupación

Jurada y Suscrita ante mí, en \_\_\_\_\_, P.R., hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_

Vista señalada para el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 19 \_\_\_\_\_ ☐ Vista Preliminar ☐ Lectura de Acusación ☐ Juicio en su fondoen la Sala de \_\_\_\_\_ ☐ Superior ☒ Distrito a las \_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Magistrado o Secretario

NOMBRE DE TESTIGOS	EDAD	DIRECCION	Examen de los Testigos			
			Conocimiento Propio	Información o Creencia	Bajo Juramento	Declaración Jurada
<u>WILLIAM VEGA MARTINEZ</u>	<u>M</u>	<u>CALLE 33 R 6 17 URB. TURABO GARDEN CAGUAS</u>				

## INFORMACION SOBRE EL IMPUTADO:

☐ No estuvo presente☐ Traído sin Orden de Arresto☐ Compareció por Citación☐ Le fueron hechas las advertencias legales☐ Estuvo acompañado por \_\_\_\_\_☐ Abogado☐ Familia☐ Otro





ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
CORPORACION  
FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO  
PO BOX 365028 • SAN JUAN, PUERTO RICO 00936-5028  
INFORME PATRONAL  
VEA INSTRUCCIONES AL DORSO

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO - USO EXCLUSIVO DE LA CORPORACION

NUMERO DE CASO - CFSE				D/C	Batch	FECHA RADICACION			CLAVE DE COMPENSABILIDAD				REG. Y DISP. TRAT.		FECHA ALTA (CT)		
AÑO	DISP	NUMERO				AÑO	MES	DIA							AÑO	MES	DIA
FECHA ALTA DEFINITIVA				JORNAL DIARIO	COMPENSACION SEMANAL	NUMERO DE POLIZA				CLAVE		GRUPO		Stat	Pro		
AÑO	MES	DIA	DIAS			AÑO	T	R	O		Año Fact.	AMP.			Pat	Por	

PARTE A - INFORMACION DEL PATRONO

1 NOMBRE DEL PATRONO (SEGUN POLIZA)				2 NUMERO DE POLIZA		AÑO T R O		NUMERO		Año Fact.		AMP.		3 SEGURO SOCIAL PATRONAL			
Departamento de Educación														6 9 0 6 6 0 0 0 1			
DIRECCION POSTAL - URB. O COND. O BARRIO, CARR. KM. HM.				4 CLASE DE PATRONO:										5 CLASE DE NEGOCIO			
P. O. Box 1281				<input type="checkbox"/> Industria <input type="checkbox"/> Sociedad <input type="checkbox"/> Corporación <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Asociación <input type="checkbox"/> Sindico <input type="checkbox"/> Sucesión <input type="checkbox"/> Albacea <input checked="" type="checkbox"/> Otros										Educación			
NUMERO CALLE, MUNICIPIO, O PAIS, (CODIGO POSTAL + 4)				6 NOMBRE Y SITIO DE NEGOCIO (Urb., Calle, Num., Barrio, Carr., Km., Hm., Pueblo)										7 TELEFONO			
San Lorenzo, Puerto Rico 00754				Esc. S.U. Quebrada Honda - San Lorenzo										736-8989			

PARTE B - INFORMACION SOBRE EL LESIONADO

8 NUMERO SEGURO SOCIAL				9. APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRE 1				NOMBRE 2			
4 7 7 1				Vega				Martínez				William							
10. DIRECCION RESIDENCIAL																CODIGO POSTAL			
Calle 33 R-6-17 - Urb. Turabo Gardens - Caguas, Puerto Rico																00725			
11. DIRECCION EN LA QUE INTERESA RECIBIR LOS CHEQUES DE DIETAS O COMPENSACION, SI ALGUNO																			
Calle 33 R-6-17 - Urb. Turabo Gardens - Caguas, Puerto Rico 00725																			

12 SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		13 TELEFONO 744-2512		14 ESTADO CIVIL <input checked="" type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO		15 NUM. DEPENDIENTES HIJOS _____ NO HIJOS 1		16 TRABAJA EL CONYUGE <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		17. NOMBRES DE PADRE Y MADRE (Q.D.E.P.) William y Gloria		23 MANO HABIL <input type="checkbox"/> DER. <input checked="" type="checkbox"/> IZQ.	
18 FECHA NACIMIENTO AÑO MES DIA 5 9 1 2 3 0		19 EDAD 35		20 PUEBLO DE NACIMIENTO New York		21. GRADO ESCOLARIDAD BA		22. OCUPACION HABITUAL Maestro de Educ. Física					
24 FAMILIAR MAS CERCANO QUE NO RESIDA CON LESIONADO Helen Vega Martínez				25. TELEFONO		26 DIRECCION Haciendas Carraízo - Calle 5 - Casa Trujillo Alto, P. R.		27. FECHA ACCIDENTE AÑO MES DIA H-8					
28 HORA DEL ACCIDENTE		29. HORA COMENZO TRABAJAR EL DIA DEL ACCIDENTE 8:00		30. FECHA EN QUE SUSPENDIO SU LABOR		31 PUEBLO DE ACCIDENTE San Lorenzo							
32 ACCIDENTE AUTO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		33. FECHA DE LA MUERTE DIA MES AÑO N/A		34 SI EL LESIONADO ES MENOR DE EDAD, INDIQUE SI TIENE PERMISO N/A <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		35 SUELDO \$1,375.00		36 FRECUENCIA <input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> DIARIO <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input checked="" type="checkbox"/> MENSUAL					
37. NUMERO DE DIAS/U HORAS QUE TRABAJA EN LA SEMANA Dias: 5 Horas: 30				38 DEPARTAMENTO O UNIDAD QUE TRABAJA EL EMPLEADO Educación		39 TIEMPO QUE LLEVA REALIZANDO SU OCUPACION HABITUAL CON PATRONO ACTUAL 6 años		40 FECHA DE POSIBLE JUBILACION AÑO MES DIA					
41 OCURRIÓ EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				42 TIENE USTED CONTRATO DE APARCERIA <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		43 INDIQUE LA LABOR QUE REALIZABA EL LESIONADO CUANDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE Dar la clase de Educ. Física		44 ESTABA EN GESTIONES OFICIALES <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
45 LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, PUEBLO) - EN CASO CONSTRUCCION SEÑALE ADEMAS, NOMBRE DEL PROYECTO Esc. S.U. Quebrada Honda - San Lorenzo, P. R.				46 SUFRIERON OTROS EMPLEADOS LESIONES COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO									

47 DESCRIBA DETALLADAMENTE COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE O LA ALEGADA ENFERMEDAD OCUPACIONAL INDIQUE EL VEHICULO, HERRAMIENTA, SUSTANCIA O EL NOMBRE Y DIRECCION DE LA PERSONA QUE CAUSÓ EL ACCIDENTE (ESPECIFIQUE LA RELACION) DE ESA PERSONA CON EL PATRONO)		Alega el profesor Vega que: desde el mes de enero de 1995 viene padeciendo de fuertes dolores de cabeza, dolor constante en los ojos, congestión de las fosas nasales y fuertes dolores de garganta. Alega además que en el área de juegos de la escuela hay un polvorín continuo a consecuencia de la ubicación de la cancha.	
48. OBSERVACIONES QUE ESTIME PERTINENTE HACER			

49 TRABAJA EL LESIONADO TAMBIEN PARA OTRO PATRONO? <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (INCLUYA EL NOMBRE DE LA EMPRESA)		50. TIEMPO <input type="checkbox"/> AÑOS <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> MESES <input type="checkbox"/> MENSUAL		SALARIO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
51 TESTIGOS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE SEGUN INVESTIGACION DEL PATRONO					
NOMBRE Rosa Borges - Secretaria			DIRECCION Bo. Cerro Gordo - San Lorenzo, P. R.		
NOMBRE Antonia Díaz - Directora			DIRECCION San Lorenzo, Puerto Rico		



WILLIAM VEGA MARTINEZ  
CALLE 33 R 6-17  
TURABO GARDENS CAGUAS PR

98 13 00719 5  
08

19 AGO 97 30 DIC 59

4771

DECISION DEL ADMINISTRADOR SOBRE TRATAMIENTO MEDICO

PARA USO DE LOS OFICIALES DE COMPENSACIONES															
BATCH		CASO NUMERO		C/D		CLAVE TRANS		TARJ. NUM.							
ANO	DISP.	NUMERO													
1	3	4				12	13	14	15	16					

CLAVE DE COMP.			ALTA TRABAJAR			ALTA DEFINITIVA		
COMP.	DISP.	PAT.	ANO	MES	DIA	ANO	MES	DIA
17			22	27	32	36		

PARA SER CUMPLIMENTADO POR EL MEDICO O ENCARGADO DE DISPENSARIO O CLINICA

URB TURABO GARDENS  
R 6 17 CALLE 33  
CAGUAS PR 00727

DEPARTAMENTO DE EDUCACION  
PO BOX 759  
RATO REY PR 00919

CLAVE DISP	FECHA DE ACC. ANO MES DIA	FONDO DE ANTICIPA	SUBROGACION	OTRO (O) MEDICANTE
83				

REGION ANATOMICA AFECTADA O CONDICION TRATADA POR LA CUAL ES DAÑO DE ALTA (VEASE INSTRUCCIONES AL DORSO)

TRA. HNP L4-L5 & L5-S1 88.080 OSR  
Radiculopatia L5 86.074 OSR

CODIGO DE DIAGNOSTICO			

POR LA PRESENTE, Y DE ACUERDO CON LA LEY DEL SISTEMA DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DEL TRABAJO (LEY NUM. 45 DEL 18 DE ABRIL DE 1935) SEGUN HA SIDO SUBSIGUIENTEMENTE ENMENDADA, SE DETERMINA SOBRE EL ASPECTO MEDICO DE ESTE CASO LA SIGUIENTE DECISION

- EL LESIONADO FUE EXAMINADO POR PRIMERA VEZ:
  - ☐ a. CONTINUARA RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN
  - ☐ b. SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EFECTIVA EL
  - ☐ c. VEASE ALTERNATIVA NUMERO
- HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRATAMIENTO, SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EL DIA DE DE CURADO ☐ SIN INCAPACIDAD ☐ CON INCAPACIDAD  
(La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente).
- EL LESIONADO FUE EXAMINADO EN EL DIA DE HOY, A PARTIR DEL DE DE SI  
AUTORIZA CAMBIO PARA CONTINUAR RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN ☐ DESCANSO ☐ C.T. (MIENTRAS TRABAJA)
- LUEGO DE EVALUADO EL CASO SE DETERMINA DARLO DE ALTA DE TRATAMIENTO MEDICO EFECTIVO EN DE DE LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO RELACION LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE. EL LESIONADO PODRA CONTINUAR TRATAMIENTO MEDICO EN FACILIDADES FUERA DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO
- EL LESIONADO HABIA SIDO DADO DEL ALTA EL DE DE DE LA LUEGO DE LA REEVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA:
  - ☐ a. DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA DE DE CON INCAPACIDAD  
(La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente)
  - ☐ b. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL DE DE
- EL CASO FUE DEVUELTO POR LA HON. COMISION INDUSTRIAL A LA JURISDICCION DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO. LUEGO DE EXAMINADO EL MISMO SE DETERMINA EL SIGUIENTE STATUS:
  - ☐ a. ☐ DESCANSO ☐ C.T. (MIENTRAS TRABAJA) A PARTIR DEL DE DE DE EVALUACION ☐ EN TRATAMIENTO ☐ MIENTRAS SE EFECTUA EVALUACION ☐ EN TRATAMIENTO
  - ☐ b. DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA DE DE SIN INCAPACIDAD ☐ CON INCAPACIDAD  
(La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente)
  - ☒ c. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL 10 DE SEPTIEMBRE DE 98
- LUEGO DE LA EVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA QUE NO HAY EVIDENCIA DE LESION O ENFERMEDAD OCUPACIONAL POR LO CUAL SE DA DE ALTA A PARTIR DEL DE DE LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE.
- HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRATAMIENTO SE DA DE ALTA SIN INCAPACIDAD A PARTIR DEL DE DE LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE.
- ES UN OBRERO MIGRANTE BAJO CONTRATO DE EMPLEO APROBADO POR EL SECRETARIO DEL TRABAJO DE PUERTO RICO, ACOGIDO A LOS BENEFICIOS DE LA LEY NUM. 77 DEL 23 DE JUNIO DE 1958 Y DEL ARTICULO 1 DE LA LEY 54 DEL 13 DE JULIO DE 1958 (NOTIFIQUESE CON COPIA DE ESTA DECISION AL DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS).

LCDO NICOLAS LOPEZ PEÑA

Administrador

DR VICTOR BERRIOS

Firma del Médico o Funcionario Autorizado

CERTIFICO: Que en el día de hoy he entregado y notificado con copia de esta Decisión al Lesionado, en





ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
CORPORACION  
FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO  
PO BOX 365028 • SAN JUAN, PUERTO RICO 00936-5028  
INFORME PATRONAL  
VEA INSTRUCCIONES AL DORSO

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO - USO EXCLUSIVO DE LA CORPORACION

NUMERO DE CASO - CFSE				D/C	Batch	FECHA RADICACION			CLAVE DE COMPENSABILIDAD	REG. Y DISP. TRAT.	FECHA ALTA (OT)		
AÑO	DISP	NUMERO	AÑO			MES	DIA	AÑO			MES	DIA	
FECHA ALTA DEFINITIVA				JORNAL DIARIO	COMPENSACION SEMANAL	NUMERO DE POLIZA				CLAVE	GRUPO	STAT. PAT.	PROC. POR:
AÑO	MES	DIA	AÑO			T	R	O	AÑO FACT.				

PARTE A - INFORMACION DEL PATRONO

1. NOMBRE DEL PATRONO (SEGUN POLIZA) <i>Departamento de Educación</i>	2. NUMERO DE POLIZA AÑO T R O [ ] [ ] [ ] [ ]	3. SEGURO SOCIAL PATRONAL AÑO FACT. AMP. [ ] [ ] [ ] [ ]
DIRECCION POSTAL - URB. O COND. O BARRIO, CARR. KM. H. <i>P. O. Box 1281</i>	4. CLASE DE PATRONO: <input type="checkbox"/> Industria <input type="checkbox"/> Sociedad <input type="checkbox"/> Corporación <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Asociación <input type="checkbox"/> Síndico <input type="checkbox"/> Sucesión <input type="checkbox"/> Albacea <input checked="" type="checkbox"/> Otros	5. CLASE DE NEGOCIO <i>Educación</i>
NUMERO CALLE, MUNICIPIO, O PAIS, (CODIGO POSTAL + 4) <i>San Lorenzo, Puerto Rico 00754</i>	6. NOMBRE Y SITIO DE NEGOCIO (Urb., Calle, Núm., Barrio, Carr., Km., Hm., Pueblo) <i>Esc. María T. Delgado - San Lorenzo</i>	7. TELEFONO <i>736-0470</i>

PARTE B - INFORMACION SOBRE EL LESIONADO

8. NUMERO SEGURO SOCIAL <i>4 7 7 1</i>	9. APELLIDO PATERNO <i>Vega</i>	APELLIDO MATERNO <i>Martínez</i>	NOMBRE 1 <i>William</i>	NOMBRE 2
10. DIRECCION RESIDENCIAL <i>Calle 33 R-6 17 Urb. Turabo Gardens - Caguas, Puerto Rico</i>				CODIGO POSTAL <i>00725</i>

11. DIRECCION EN LA QUE INTERESA RECIBIR LOS CHEQUES DE DIETAS O COMPENSACION, SI ALGUNO <i>Calle 33 R-6 17 Urb. Turabo Gardens - Caguas, Puerto Rico</i>	<i>00725</i>
--	--------------

12. SEXO <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	13. TELEFONO <i>744-2512</i>	14. ESTADO CIVIL <input checked="" type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO	15. NUM. DEPENDIENTES HIJOS <i>0</i> NO HIJOS <i>1</i>	16. TRABAJA EL CONYUGE <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <i>N/A</i>	17. NOMBRES DE PADRE Y MADRE <i>William y Gloria</i>
18. FECHA NACIMIENTO AÑO MES DIA <i>5 9 1 2 3 0</i>	19. EDAD <i>39</i>	20. PUEBLO DE NACIMIENTO <i>New York</i>	21. GRADO ESCOLARIDAD <i>BA</i>	22. OCUPACION HABITUAL <i>Maestro de Educ. Física</i>	23. MANO HABIL <input type="checkbox"/> DER. <input checked="" type="checkbox"/> IZD.

24. FAMILIAR MAS CERCANO QUE NO RESIDA CON LESIONADO <i>Helen Vega Martínez</i>	25. TELEFONO	26. DIRECCION <i>Haciendas Carraízo - Calle 5 - Casa Trujillo Alto, P. R.</i>	27. FECHA ACCIDENTE AÑO MES DIA <i>9 9 0 3 0 8</i>
--	--------------	--	--

28. HORA DEL ACCIDENTE <i>1:50 P.M.</i>	29. HORA COMENZO A TRABAJAR EL DIA DEL ACCIDENTE <i>8:00</i>	30. FECHA EN QUE SUSPENDIO SU LABOR AÑO MES DIA <i>N/A</i>	31. PUEBLO DE ACCIDENTE <i>San Lorenzo</i>
--	---	--	---

32. ACCIDENTE AUTO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	33. FECHA DE LA MUERTE DIA MES AÑO <i>N/A</i>	34. SI EL LESIONADO ES MENOR DE EDAD, INDIQUE SI TIENE PERMISO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	35. SUELDO <i>\$1,750.00</i>	36. FRECUENCIA <input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> DIARIO <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input checked="" type="checkbox"/> MENSUAL
--	---	--	---------------------------------	---

37. NUMERO DE DIAS/ HORAS QUE TRABAJA EN LA SEMANA Días <i>5</i> Horas <i>6</i>	38. DEPARTAMENTO O UNIDAD QUE TRABAJA EL EMPLEADO <i>Educación</i>	39. TIEMPO QUE LLEVA REALIZANDO SU OCUPACION HABITUAL CON PATRONO ACTUAL <i>9 años</i>	40. FECHA DE POSIBLE JUBILACION AÑO MES DIA <i>N/A</i>
--	---	---	--

41. ¿OCURRIÓ EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	42. ¿TIENE USTED CONTRATO DE APARCERIA? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	43. INDIQUE LA LABOR QUE REALIZABA EL LESIONADO CUANDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE <i>Dar clase de Educación Física</i>	44. ¿ESTABA EN GESTIONES OFICIALES? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---	---	---

45. LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, PUEBLO) - EN CASO CONSTRUCCION SEÑALE ADEMAS, NOMBRE DEL PROYECTO <i>Escuela Dra. María T. Delgado de Marcano San Lorenzo, Puerto Rico</i>	46. ¿SUFRIERON OTROS EMPLEADOS LESIONES COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE? <input type="checkbox"/> SI NUM. <i>N/A</i> <input type="checkbox"/> NO MURIERON <input type="checkbox"/> SI NUM. <i>N/A</i> <input type="checkbox"/> NO
--	--

47. DESCRIBA DETALLADAMENTE COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE O LA ALEGADA ENFERMEDAD OCUPACIONAL INDIQUE EL VEHICULO, HERRAMIENTA, SUSTANCIA O EL NOMBRE Y DIRECCION DE LA PERSONA QUE CAUSÓ EL ACCIDENTE (ESPECIFIQUE LA RELACION DE ESA PERSONA CON EL PATRONO) <i>Alega el profesor Vega que hace alrededor de una semana se está sintiendo con mucha congestión nasal, presión en los ojos, dolor en la cabeza y en la frente a causa del polvorín en el salón y en el área de trabajo.</i>
--

48. OBSERVACIONES QUE ESTIME PERTINENTE HACER
---

49. ¿TRABAJA EL LESIONADO TAMBIEN PARA OTRO PATRONO? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO (INCLUYA EL NOMBRE DE LA EMPRESA)	50. TIEMPO <input type="checkbox"/> AÑOS <input type="checkbox"/> MESES	SALARIO <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> MENSUAL
--	--	--

51. TESTIGOS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE SEGUN INVESTIGACION DEL PATRONO
--

NOMBRE <i>Daris D. Gómez González</i>	DIRECCION <i>Jard. de San Lorenzo - San Lorenzo, P. R.</i>
---------------------------------------	--

NOMBRE	DIRECCION
--------	-----------

52. ¿HA RADICADO RECLAMACION EN OTRAS AGENCIAS?	53. NUMERO DE RECLAMACION	FECHA DE RECLAMACION	54. SI HA RADICADO EL LESIONADO UN CASO ANTERIOR EN CFSE INDIQUE
---	---------------------------	----------------------	--





ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
**CORPORACION  
FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO**  
PO BOX 365028 • SAN JUAN, PUERTO RICO 00936-5028  
**INFORME PATRONAL**  
VEA INSTRUCCIONES AL DORSO

**NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO - USO EXCLUSIVO DE LA CORPORACION**

NUMERO DE CASO - CFSE			D/C	Batch	FECHA RADICACION			CLAVE DE COMPENSABILIDAD	REG. Y DISP. TRAT.	FECHA ALTA (C)	
AÑO	DISP	NUMERO			AÑO	MES	DIA			AÑO	MES
FECHA ALTA DEFINITIVA			JORNAL DIARIO	COMPENSACION SEMANAL	NUMERO DE POLIZA				CLAVE	GRUPO	STAT. PAT.
AÑO	MES	DIA			AÑO	T	R	O			

**PARTE A - INFORMACION DEL PATRONO**

1. NOMBRE DEL PATRONO (SEGUN POLIZA)				2. NUMERO DE POLIZA		3. SEGURO SOCIAL PATRONAL	
Departamento de Educación				6906600			
DIRECCION POSTAL - URB. O COND. O BARRIO, CARR. KM. H.				4. CLASE DE PATRONO:			
P. O. Box 190759				<input type="checkbox"/> Industria <input type="checkbox"/> Sociedad <input type="checkbox"/> Corporación <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Asociación <input type="checkbox"/> Sindico <input type="checkbox"/> Sucesión <input type="checkbox"/> Alcabala <input checked="" type="checkbox"/> Otros			
5. CLASE DE NEGOCIO				Educación			
NUMERO CALLE, MUNICIPIO, O PAIS, (CODIGO POSTAL + 4)				6. NOMBRE Y SITIO DE NEGOCIO (Urb., Calle, Núm., Barrio, Carr., Km., Hm., Pueblo)			
San Juan, Puerto Rico 00919				Esc. Dra. María T. Delgado de Marcano			
7. TELEFONO				736-0470			

**PARTE B - INFORMACION SOBRE EL LESIONADO**

8. NUMERO SEGURO SOCIAL		9. APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE 1		NOMBRE 2	
4771		Vega		Martínez		William			
10. DIRECCION RESIDENCIAL (FISICA)									
Calle 33 R-6 17 - Urb. Turabo Gardens - Caguas, Puerto Rico									
11. DIRECCION POSTAL EN LA QUE INTERESA RECIBIR LOS CHEQUES DE DIETAS O COMPENSACION, SI ALGUNO								CODIGO POSTAL + FDUR	
Calle 33 R-6 17 - Urb. Turabo Gardens - Caguas, Puerto Rico								00725	
12. SEXO		13. TELEFONO		14. ESTADO CIVIL		15. NUM. DEPENDIENTES		16. TRABAJA EL CONYUGE	
<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		744-2512		<input checked="" type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO		HIJOS 0 NO HIJOS		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO William y Gloria	
17. NOMBRES DE PADRE Y MADRE		18. FECHA NACIMIENTO		19. EDAD		20. PUEBLO DE NACIMIENTO		21. GRADO ESCOLARIDAD	
William y Gloria		5/9/12		43		New York		B.A.	
22. OCUPACION HABITUAL		23. MANO HABIL		24. FAMILIAR MAS CERCANO QUE NO RESIDA CON LESIONADO		25. TELEFONO		26. DIRECCION	
Maestro Educación Física		<input type="checkbox"/> DER. <input checked="" type="checkbox"/> IZQ.		Helen Vega Martínez		-----		Haciendas Carraízo - Calle 5 Casa Trujillo Alto, P.R. H-8	
27. FECHA ACCIDENTE		28. HORA DEL ACCIDENTE		29. HORA COMENZO A TRABAJAR EL DIA DEL ACCIDENTE		30. FECHA EN QUE SUSPENDIO SU LABOR		31. PUEBLO DE ACCIDENTE	
03/10/3		9:30 A.M.		8:00		N/A		San Lorenzo	
32. ACCIDENTE AUTO		33. FECHA DE LA MUERTE		34. SI EL LESIONADO ES MENOR DE EDAD INDIQUE SI TIENE PERMISO		35. SUELDO		36. FRECUENCIA	
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		N/A		N/A		\$2,205.00		<input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> DIARIO <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BIENESIMANAL	
37. NUMERO DE DIAS/HORAS QUE TRABAJA EN LA SEMANA		38. DEPARTAMENTO O UNIDAD QUE TRABAJA EL EMPLEADO		39. TIEMPO QUE LLEVA REALIZANDO SU OCUPACION HABITUAL CON PATRONO ACTUAL		40. FECHA DE POSIBLE JUBILACION		41. ¿OCURRIO EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO?	
30		Educación		14 años				<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
42. ¿TIENE USTED CONTRATO DE APARCERIA?		43. INDIQUE LA LABOR QUE REALIZABA EL LESIONADO CUANDO OCURRIO EL ACCIDENTE		44. ¿ESTABA EN GESTIONES OFICIALES?		45. LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, PUEBLO) - EN CASO CONSTRUCCION SEÑALE ADEMAS, NOMBRE DEL PROYECTO		46. ¿SUFRIERON OTROS EMPLEADOS LESIONES COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE?	
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		Levantándose de la silla.		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Salón de Educación Física - Esc. Dra. María T. Delgado de Marcano		<input type="checkbox"/> SI NUM. _____ MURIERON <input type="checkbox"/> SI NUM. _____	
47. DESCRIBA DETALLADAMENTE COMO OCURRIO EL ACCIDENTE O LA ALEGADA ENFERMEDAD OCUPACIONAL									
Alega el profesor Vega que el 31 de octubre de 2003 mientras ofrecía su clase, levantarse de la silla de su salón sintió un fuerte dolor en la parte baja de la espalda; esto acompañado de ardor. Le molesta mucho estar de pie al igual que sentado.									
48. OBSERVACIONES QUE ESTIME PERTINENTE									
49. ¿TRABAJA EL LESIONADO TAMBIEN PARA OTRO PATRONO?									
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO (INCLUYA EL NOMBRE DE LA EMPRESA)									
50. TIEMPO									
<input type="checkbox"/> AÑOS <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> MESES <input type="checkbox"/> MENSUAL									
51. TESTIGOS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE SEGUN INVESTIGACION DEL PATRONO									
NOMBRE DIRECCION									